Rok XXXIV. Kraków 31. Sierpnia 1895 r. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 31.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31. rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 131. Clinton and 135, Browne Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O znachodzeniu się prątków błoniczych w opryszczkach wargowych (*herpes labialis*) w przebiegu błonicy.

Podał
Dr. Walenty Jeż,
I. elew tejże kliniki.

Liczne badania wykazały, że swoiste prątki błonicze Löfflera znajdują się nietylko w błonach błoniczych, ale także wykazać się dają w innych narządach chorych dotkniętych dyfteryą a nawet wyjątkowo napotkać je można u osób pozornie zdrowych, to jest nie okazujących żadnych objawów błonicy. I tak n. p. Frosch, Kutscher, Babes, Koliker, Paltauf znajdywali je w narządach wewnętrznych dzieci zmarłych na błonicę i to prawie zawsze w płucach, śledzionie, gruczołach limfatycznych, szyjnych i oskrzelowych, często dosyć w nerkach i w wątrobie. Fraenkel, Uhthoff, Brunner, Elsching napotykali je w błonach śluzowych spojówki i rogówki tak u osób okazujących zmiany błonicze, jakoteż i u zdrowych; Howerdowi udało się je wykryć na zastawkach sercowych w ostrem zapaleniu wsierdzia w następstwie błonicy powstałem. Booker i Nowak znaleźli je we krwi osób zmarłych na błonicę. Schnirer na VIII. kongresie internistów w Budapeszcie mówiąc o Löfflerowskim zarodku błonicy twierdził, że napotykał go nietylko w błonicy właściwej w gardle, ale także w uchu środkowem, na spojówkach gałki ocznej, na śródsierdziu, w ranach i ropniach, a nawet w niektórych przypadkach pozornie nieżytowego lub mieszkowego zapalenia gardła. Wreszcie ostatnimi czasy Trump badając chorych na błonicę gardła i ludzi nie okazujących żadnych zmian błoniczych, wykazał, że bakterye błonicze znajdywać się mogą tak u jednych, jakoteż i drugich. U dzieci chorych na błonicę gardła znajdywał je na błonach śluzowych szczególnie spojówek a w niektórych przypadkach na błonie śluzowej sromu, mimo że one na tychże miejscach żadnych zmian chorobowych nie wywołały. Słusznie też twierdzi on, że bakterye owe palcami małych pacyentów z jamy ustnej i gardła przeniesione zostały przez bezpośrednie zetknięcie na wspomnione błony śluzowe.

W ubiegłem półroczu letniem u jednej z chorych leczonych na ciężką błonicę gardła w klinice prof. Korczyńskiego pojawiły się opryszczki (*herpes*) na wardze. Prof. Korczyński polecił mi zbadać bakteryologicznie płyn tychże opryszczków. Ponieważ badanie to dało wynik dodatni a w dostępnej literaturze niema wzmianki o takiem usadowieniu się prątków błoniczych, przeto usprawiedliwione jest ogłoszenie niniejszego spostrzeżenia:

Chora M. B., lat 31 licząca zgłosiła się do kliniki w 4tym dniu choroby i okazywała typową błonicę gardła znacznego stopnia. Badanie bakteryologiczne błon znajdujących się na migdałkach, tego samego dnia przedsięwzięte, wykazało obok mnóstwa gronkowców, nadzwyczaj wyraźne i dość liczne bakterye błonicze, kształtem swym przypominające prątki gruźlicze, obok postaci gruszkowatych, pałeczkowatych, czasem ze zgrubieniami na obydwu końcach. Ze wspomnianych błon, przeszczepionych na agar glicerynowy otrzymano obok kolonii gronkowców, typowe kolonie bakteryj błoniczych, które badane po zabarwieniu za pomocą wodnowyskokowego błękitu przedstawiły również wyżej wspomniane postacie obok daleko widoczniejszych t. zw. postaci inwolucyjnych.

Piątego dnia choroby wstrzyknięto chorej 10 cm.^{3} surowicy przeciwbłoniczej Behringa Nr. II, poczem stan chorej tak miejscowy, jakoteż ogólny poprawił się znacznie.

Dziewiątego dnia choroby na twarzy i na wargach pojawiły się opryszczki (*herpes*), których treść poddano badaniu bakteryologicznemu. Skutkiem niewielkiej ilości płynu przeważnie surowiczego, zawartego we wspomnianych pęcherzykach nie można było myśleć o wydobyciu jego za pomocą strzykawki, dlatego też po obmyciu watą odtłuszczoną, zamoczoną w sublimacie (1 : 1000) a następnie po dokładnem obmyciu

wyskokiem i eterem, rozcięto wyżarzonym trójgrańcem pęcherzyki a płyn wzięty uszkiem platynowem przeszczepiono na agar glicerynowy, reszty zaś użyto do preparatów barwionych.

W preparatach barwionych znaleziono dużo gronkowców obok mniejszej ilości bakteryj błoniczych. Po dwu dniach hodowania w temperaturze 37° C. na zaszczepionym agarze glicerynowym pojawiły się kolonie dwojakie, które dokładniej badane przedstawiały się jako kolonie gronkowców i bakteryj błoniczych. Następnie odosobniono obydwa rodzaje otrzymanych bakteryj, przeszczepiwszy w dalszym ciągu tak na agar glicerynowy jakoteż na bulion, przyczem także zaszczepiono na bulion równocześnie tak kolonie gronkowców, jak i bakteryj błoniczych. Na agarze glicerynowym po 48 godzinach otrzymano typowy obraz bakteryj błoniczych pod postacią nalotu matowo-białawego, w bulionie zaś zmętnienie mierne a po kilku dniach owe typowe, grudki złożone z bakteryj błoniczych, przylegające dość szczelnie do ścian probówki.

Na agarze powleczonym kilkoma kroplami krwi, jak to radzi Frosch, bakterye błonicze rosną bardzo dobrze, i dadzą się również dobrze jak innymi sposobami barwić metodę Gramma, na co zresztą i Prof. Bujwid w swych pracach zwrócił uwagę.

Ponieważ bakterye błonicze znajdywane przez wyżej wymienionych autorów na różnych miejscach okazywały różny stopień jadowitości, ciekawą więc było rzeczą dowiedzieć się, jak pod tym względem zachowywać się będą bakterye błonicze otrzymane z płynu pęcherzyków opryszczkowych. W tym też celu wstrzyknięto najpierw pod skórę królikowi ważącemu koło 900 gr. 10 cm.³ kultury bulionowej mięszanej a więc takiej, gdzie obok bakteryj błoniczych znajdywały się gronkowce. Na drugi dzień w miejscu wstrzyknięcia znaleziono silne zaczerwienienie o podniesionej temperaturze a naokoło niego miejsce stwardniałe. Na trzeci dzień w miejscu zaczerwienienia powstał pęcherzyk, napełniony płynem surowiczym, naokoło zaś niego obszar na 2 cm. szeroki stwardniały, ropą naciekły. Z płynu surowiczego wspomnionego pęcherzyka otrzymano bakterye błonicze i gronkowce, z nacieku zaś ropnego czyste gronkowce.

Następne szczepienie czystych hodowli bakteryj błoniczych, otrzymanych z pęcherzyków wargowych owej chorej na błonicę gardła przekonały, że jadowitość ich jest dość znaczną; po wstrzyknięciu bowiem 10 cm.³ kultury bulionowej dwudniowej świnka morska padła po pięciu dniach, a przy sekcyi znaleziono zmiany, z jakimi spotykamy się u zwierząt padłych z błonicy, a mianowicie w miejscu zaszczepienia naciek, naokoło zaś niego obrzęk krwawy i naczynia krwią przepełnione, w worku opłucnowym wysięk surowiczy, w płucach obok obrzęku ogniska zagęszczonego miąższu płucnego, a w nerkach przekrwienie.

Zbierając wszystko, przychodzimy do wniosków, że

1) Jestto pierwszy przypadek, gdzie z płynu pęcherzyków naokoło warg *(herpes labialis)* powstałych w przebiegu błonicy gardła otrzymano typowe bakterye błonicze Löfflera.

2) Że wspomniane bakterye znajdować się mogą na różnych miejscach, jak w naszym przypadku w pęcherzykach około warg nie wywołując tamże zmian patologicznych błonicy właściwych.

3. Że *herpes labialis* stanowić może jedno z wielu miejsc, zkąd zarazek błoniczy może być przeniesiony i stać się źródłem zakażenia.

4. Że bakterye błonicze w płynie *herpes labialis* w błonicy powstałym się znajdujące, odznaczać się mogą dość wielką jadowitością.

II. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Nerw wzrokowy był zagłębiony; zagłębienie to bynajmniej nie przekraczało granic fizyologicznych. W siatkówce wszystkie warstwy, nie wyłączając warstwy nerwów wzrokowych (w części tylko) i komórek zwojowych; nawet pręciki i czopki zupełnie dobrze były zachowane. Natomiast naczynia krwionośne były bardzo przekrwione; w pobliżu samego rąbka zębatego dawały się napotykać dość grube naczynia, których rozgałęzienia znajdowały się nawet w miejscu, gdzie wcale już nie było innych warstw, prócz tylko warstwy wewnętrznej jąder. Nieco później zobaczymy, że rozgałęzienia te znajdowały się nawet w części rzęskowej siatkówki. Z braku zmian ważniejszych grubość siatkówki pozostała prawidłową; w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego wynosiła ona 0,19 mm., w okolicy równika 0,1 mm.

Po za rąbkiem zębatym, w siatkówce, prócz przekrwienia naczyń, żadnych innych zmian nie było; ku przodowi natomiast, w obrębie pasa kręgowego przeszło na 1,5 mm. szerokiego budowa była zupełnie odrębna. Bezpośrednio ku przodowi od zrosłego z naczyniówką rąbka zębatego rzęskowa część siatkówki stawała się znacznie grubszą, do 0,5 mm. Pierwociny przypominały tu raczej na przekroju młodą włóknistą tkankę łączną, która była ułożoną w pasemka płaskie, lecz dość szerokie, które, przechodząc w kierunku ukośnym od zewnętrznej powierzchni ku wewnętrznej i najrozmaiciej krzyżując się ze sobą, tworzyły przerwy, wypełnione przez masę drobnoziarnkowatą, skrzepła ciecz białkową. W pasemkach, przy odosobnieniu pierwocin, znalazłem komórki wrzecionowate o bardzo długich wyrostkach i zawierające podługowate jądra, których kierunek odpowiadał najzupełniej kierunkowi pasemek; ku zewnątrz i ku wewnątrz miały one kierunek raczej poprzeczny, w środku zaś podłużny. Ku tyłowi komórki wrzecionowate łączyły się bezpośrednio z warstwą wewnętrzną jąder siatkówki. W pasemkach przed samym rąbkiem zębatym położonych często dawały się napotykać pętle naczyń włosowatych, nawet grubsze naczynia krwionośne, lecz o bardzo cienkich ściankach. Mieliśmy więc w tylnej części rzęskowej siatkówki, w obrębie zupełnie prawidłowego pasa kręgowego zmiany, przypominające torbielowate zwyrodnienie siatkówki, zwane pospolicie jej opuchliną. Ku wnętrzu pasemka łączyły się z powłoka ciała szklanego; na zewnątrz komórki barwikowe posiadały w tej okolicy wyrostki, zupełnie przypominające wyrostki, wciskające się pomiędzy pręciki a czopki. Nadto w pasemkach napotykałem często złogi barwikowe, które znajdowały się niekiedy nawet w pobliżu samej powłoki ciała szklanego. Zgrubiała ta część tworzyła ku przodowi stromą wydatność, która przypominała znaną ostrogę siatkówki, z tą wszakże różnicą, że najpierw była ona o wiele większa, następnie posunięta znacznie ku przodowi.

Dalej dopiero zaczynała się już właściwa część rzęskowa siatkówki, lecz i tu w pierwocinach jej zaszły pewne zmiany. Mianowicie walcowate komórki, zawierające zawsze pionowo ułożone jądra, na zewnątrz posiadały bardzo długie wyrostki, które zmieniały następnie kierunek pionowy na poziomy i przeplatając się ze sobą tworzyły nadzwyczaj drobną siateczkę, złożoną już z włókienek o kierunku podłużnym, na wewnętrznej powierzchni części rzęskowej. W obrębie samej siateczki jąder wcale już nie było. Topolanski (*Ueber den Bau der Zonula* etc. *Arch. für Ophthalm.* XXXVII Tom I) znalazł utwór podobny w prawidłowej części rzęskowej, tylko w danym przypadku był on o wiele więcej roz-

winięty. Dalej ku przodowi w części rzęskowej siatkówki żadnych już zmian nie było.

Ciało szklane było zupełnie jednolite i nie posiadało żadnych błon. Zanotować wypada, że komórek wcale prawie w niem nie było; nawet w okolicy wyrostków rzęskowych trudno je było odnaleźć. Powłoka ciała szklanego była prawidłową ku przodowi, znacznie nawet nie dochodząc wierzchołków wyrostków rzęskowych; wyraźnie była widoczną pomiędzy wyrostkami. Tylną torebkę pokrywała tylko w środku, gdyż w częściach obwodowych dzieliła je tęczówka.

Największą ciekawość obudzała z porządku rzeczy obwódka Zinna. Ku tyłowi włókna jej dawały się spostrzegać o 1·5 mm. ku przodowi od wspomnianego wyżej, kręgowego pierścienia zgrubiałego rzęskowej części siatkówki, w miejscu, gdzie wspomniana siateczka, z komórek części rzęskowej powstała, mało już była rozwiniętą. Początek więc jej włókien znajdował się mniej więcej o 2,5 mm. ku przodowi od rąbka zębatego siatkówki, co ze względu na znaczne bardzo wydłużenie przedniej połowy gałki, odpowiada mniej więcej granicy obwódki Zinna, wskazanej przez Topolanskiego (l. c.) Chcąc łatwiej znaleźć początek włókien obwódki i zarazem odróżnić je od części otaczających, w istocie najlepiej jest obrobić przekroje roczynem fuksyny (z dodatkiem kwasu); wtedy włókna jej przybierają barwę jaskrawo-czerwoną, włókienko zaś wspomnianej siateczki i powłoka ciała szklanego jasno fiołkową. Obwódka zatem występuje jako utwór zupełnie odrębny, z obu innymi nic wspólnego nie mający. Od początku włókien do wierzchołków wyrostków rzęskowych, na całej przestrzeni były one zupełnie prawidłowe i wyglądały zawsze jako grube, mocno załamujące światło włókna, o brzegach zupełnie równych i kierunku ściśle prostym. Faliste, cienkie, wężykowate utwory barwy jasno-fiołkowej, które częściej dawały się napotykać w pobliżu wierzchołków wyrostków rzęskowych, stanowiły przekroje powłoki ciała szklanego; włókna zaś obwódki nadzwyczaj rzadko dawały się napotykać i to tylko w bardzo nieznacznej przestrzeni na tylnej powierzchni tęczówki, gdzie końce ich bynajmniej nie były wężykowate, lecz zawsze okręcone parę razy dokoła osi. Zawsze prawie przednie końce włókien tych dosięgały tylko wierzchołka wyrostków i tu były wielokrotnie skręcone. Na torebce soczewki stanowczo nie mieliśmy ani śladu oderwanych włókien obwódki.

Drugi przypadek. Grzegorz N., 56 lat liczący, zgłosił się do mnie 15. Czerwca 1892 Zdrowem prawem okiem czyta 2 gi wiersz Snellena, Hm. 1·75 D., $V = {}^{20}/_{20}$; w lewem oku stracił wzrok zupełnie przed 20 laty. Okazuje notatkę, którą otrzymał w swoim czasie od zmarłego prof. Iwanowa, *subluxatio lentis spontanea* $V = {}^{5}/_{200}$. Poprzednio wzrok w tem oku miał być dobry, chociaż znacznie gorszy niż w prawem: kiedy i jak go stracił, wytłómaczyć nie może. Na dwa dni przed zasięgnięciem rady u Iwanowa wpadł mu podczas podróży koleją do prawego oka kawał węgla; wtedy dopiero przekonał się, że lewem okiem zupełnie prawie nie widzi. Od r. 1874. do 15. Maja 1892. oko nigdy nie bolało, jakkolwiek wzrok coraz bardziej się pogarszał tak dalece, że we 4 lata później w lewem oku nie pozostawało już wrażenie światła. 15. Maja 1892. uczuł w nocy nadzwyczaj silny ból w całej lewej połowie głowy, do rana 3 razy wymiotował. Następnie ból ustąpił, lecz w końcu Maja zaczęły się bóle częściej powtarzać, chociaż nie były tak ostre. Zaognienie gałki nie ustępowało już nigdy później, od 10. Czerwca zatem w ciągu całych 5 dób bóle ani na chwilę nie ustępowały. Badanie wykazało: szczelina powiek zwężona, powieki obrzękłe, obfity łzotok, spojówka gałki silnie przekrwiona i obrzmiała, na rogówce obok brzegu jej dokoła unaczynienie, powierzchnia jej nierówna, jakby pokłóta igłą; wprawdzie była ona o tyle przeźroczystą, że swobodnie dostrzedz można było, że soczewka znajdowała się w komorze przedniej a nawet że w dolnej połowie brzeg jej znajdował się na dnie komory, w górze zaś dawało się dostrzedz pasemko tęczówki przeszło na 3 mm. szerokie. O ile soczewka była zaćmiona, trudno było jednak orzec. Wrażenia światła wcale nie było, gałka była twardą jak kamień, nazajutrz też wyłuszczyłem ją.

Po 2-letniem przechowaniu w płynie Mullera, rozciąłem gałkę w kierunku pionowym. Oś oka miała długości 25 mm., szerokość w kierunku równika 26 mm. Rowek pomiędzy rogówką a białkówką znacznie wyrównany, jednakże dość widoczny. Soczewka ma kierunek ukośny; ku górze równik jej przytyka do tylnej powierzchni tęczówki, której szerokość wynosi 4 mm.; ku dołowi równik, zdaje się, że przytyka bezpośrednio do tylnej powierzchni rogówki, jednakże o milimetr wyżej od jej brzegu dolnego. W ten sposób oś soczewki tworzy z podstawą rogówki kąt, wynoszący przeszło 20°. Tęczówka ku dołowi jest odwrócona poza soczewkę, szerokości ma niespełna 2 mm., z wyrostkami rzęskowymi tworzy kąt prawie prosty, otwarty ku tyłowi i ku górze. W górnej części gałki naczyniówka i siatkówka znajdują się w zupełnie prawidłowym stosunku do białkówki, w dolnej zaś połowie gałki siatkówka jest oderwaną od naczyniówki. Ku tyłowi początek oderwania znajduje się o 2 mm. od tarczy nerwu wzrokowego; powstały wałek dosięga następnie prawie wysokości wielkiego południka poziomego, znowu opuszcza się ku dołowi w przedniej połowie gałki i dochodzi do samego rąbka zębatego siatkówki.

Białkówka, rogówka, naczyniówka i nieoderwana część siatkówki są znacznie zgrubiałe, komora przednia jest obszerna, soczewka zaś ma szerokości 8 mm., grubości niespełna 4 mm., zatem wypełnia ona ledwo większą tylko połowę komory przedniej, gdyż najpierw pozostaje górny pas komory na 4 mm. szeroki, dalej, ze względu na wspomniane już ukośne położenie soczewki, pomiędzy nią a tylną powierzchnią rogówki była przerwa, która ku górze stawała się coraz szerszą, nadto nawet pomiędzy dolnym brzegiem soczewki a dnem komory przedniej pozostawało pasemko milimetr szerokości mające. Przerwy te jednak wypełniała ciecz skrzepła w niczem nie różniąca się od tej, która wypełniała próżnię po oderwaniu siatkówki powstałą. Jedną połowę gałki dałem do celloidyny.

Przy badaniu drobnowidzowem znalazłem następujące zmiany. Podstawa rogówki wynosiła prawie 14 mm., prócz tego była ona znacznie grubszą, w środku grubość wynosiła 1·1 mm., ku obwodowi 1·3 mm. Część spojówki, wycięta przy wyłuszczeniu gałki, również była bardzo grubą, przeszło 0·5 mm.; naczynia jej były bardzo rozszerzone i wypełnione krwią, w pobliżu naczyń obfity naciek drobnokomórkowy. Przybłonek rogówki był prawidłowy; błona Bowmana zupełnie dobrze zachowana. Blaszki rogówki były połączone ze sobą o wiele luźniej. Przy odpowiedniem barwieniu wyraźnie odróżnić można było jądra płaskich komórek, wyścielających przestwory sokowe od jąder komórek wędrujących. Pierwsze zawsze miały kształt owalny, zabarwiały się słabiej; dłuższa oś owalu była równoległą z blaszkami. Przeciwnie jądra komórek wędrujących były znacznie mniejsze a kształt miały okrągły, czasami kształt podkowy; bardzo też często miały komórki po dwa jądra i więcej. Komórek wędrujących było bardzo wiele, na przecięciach napotykano je ledwo nie w połowie przestworów sokowych, w których tworzyły niekiedy jakby grupy paciorków. Najmniej komórek wędrujących zawierała powierzchnia warstwy rogówki, znacznie więcej środkowe, najwięcej zaś warstwy w pobliżu błony Descemeta. Tu i w wielu miejscach zbiorowiska komórek okrągłych były bardzo znaczne; obszary przez nie zajmowane bynajmniej nie odpowiadały jednemu tylko przestworowi sokowemu. Najprawdopodobniej powstanie swoje zbiorowiska zawdzięczały wystąpieniu komórek z naczyń krwionośnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O leczeniu radykalnem przepuklin pachwinowych, wolnych u dzieci.

Rzecz miana na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w dniu 18. Lipca 1895. r.

Przez

Doc. chir. Dra **Aleksandra Bossowskiego**.

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

Pomyślny przebieg gojenia się rany przepuklinowej w przypadkach przytoczonych przezemnie i operowanych metodą Bassiniego świadczy też zgodnie z doniesieniami innych chirurgów, którzy użyli bądź tej samej metody operacyjnej, albo metody Mac Ewena, bądź też, jak Kocher i Küster operowali własnymi sposobami, że obawy Karewskiego przed zaburzeniem krążenia w mało opornych tkankach dzieci skutkiem zbytniego ich napięcia szwem były płonne; on sam zresztą w kilku z dalszych 15 przypadków, ogłoszonych z końcem ubiegłego roku posługiwał się nierównie więcej energiczną i dla tkanek wrogą metodą Kochera, bez żadnych szkodliwych następstw dla najpomyślniejszego gojenia się rany operacyjnej. Uwzględniając równocześnie, że przy zastósowaniu rozmaitych metod operacyi radykalnej osiągnięto stale dobry wynik ostateczny, trzeba przyznać, że wybór metody radykalnej u dzieci wobec znanej i dowiedzionej dążności tkanek do zrastania się w wieku dziecięcym jest więcej rzeczą upodobania operatora, który jednak, zdaniem mojem, powinien zachodzące podczas

L.	Imię i nazwisko	Wiek	Rodzaj i wielkość przepukliny	Treść	Metoda operacyi i dzień	Wynik	Czas gojenia się rany	Uwaga
1.	Lepold Aftergut z piastunką	2 l.	*Hernia scrotal. congen. dextra libera* wielkości głowy dziecka dwuletniego.	Jelito cienkie	Bassini. dn. 21. Czerwca 1893.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	8 dni.	Z powodu nader silnych zrostów z jądrem dodano wytrzebienie jądra prawego (*castratio*).
2.	Julian Mleko	$6^1/_2$ l.	*Hernia scrotal. congen. dextra libera* wielkości pięści męskiej.	Jelito cienkie	Bassini. dn. 1. Sierpnia 1894.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	10 dni.	Obrzęk moszna w miejscu wyłuszczenia worka przepuklinowego.
3.	Józef Gniadek	3 l.	*Hernia scrotal. sinistra libera congen.* wielkości jaja strusiego.	Jelito cienkie	Bassini dn. 11. Listopada 1894.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	8 dni.	—
4.	Ludwik Matuszkiewicz z matką	1 r.	*Hernia scrotal. congen. dextra libera* wielkości jaja gęsiego.	Jelito cienkie	Bassini. dn. 15. Stycznia 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	7 dni.	—
5.	Wawrzyniec Blak	5 l.	*Hernia scrotal. sinistra libera* wielkości jaja gęsiego.	Jelito cienkie	Bassini. dn. 20. Marca 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	7 dni.	—
6.	Ignacy Dziurdzia	$1^1/_2$ r.	*Hernia scrotal. sinistra libera*, wielkości pięści męskiej.	Jelito cienkie	Bassini *modif.* Postempski. dn. 9. Maja 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	7 dni.	—
7.	Marcin Ziemba z matką	$2^1/_2$ r.	*Hernia scrotal. dextra congen. libera* wielkości pięści męskiej.	Jelito cienkie	Bassini. dn. 10. Maja. 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	10 dni.	Obrzęk moszna prawego w miejscu wyłuszczenia worka przepuklinowego.
8.	Stanisław Jaglarz	6 l.	*Hernia scrotal. dextra libera* wielkości pięści męskiej.	Jelito cienkie	Kramer. dn. 6. Czerwca 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	7 dni.	—
9.	Michał Michniak	5 l.	*Hernia scrotal. sinistra libera* wielkości jaja gęsiego.	Jelito cienkie	Kramer. dn. 10. Czerwca 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	8 dni.	—
10.	Albin Kotarba	$2^1/_2$ r.	*Hernia scrotal. dextra libera* wielkości pięści męskiej.	Jelito ślepe z wyrostkiem robaczkow.	Bassini. dn. 16. Czerwca 1895.	*Prima intentio.* Doszczętne usunięcie przepukl.	10 dni.	Obrzęk moszna prawego w miejscu wyłuszczenia worka przepuklinowego.

operacyi stosunki rozważyć i wówczas dopiero im odpowiednią obrać metodę radykalną.

Sumując z pośród wyliczonych zabiegów radykalnych jedynie przypadki u dzieci do 5 lat życia liczących Bassiniego w liczbie 15, Karewskiego 24, Broki 76, Thocasa 2, Szumana 5, Bayera 12 i z przytoczonych przezemnie 10 tylko 8, otrzymujemy łączną cyfrę 142 operacyj radykalnych przepuklin pachwinowych z procentem śmiertelności 0 i nawrotem przepukliny w 2 przypadkach (1 Bassiniego, 1 Broki), co stanowi procent 1·4% nawrotów. Przyjąwszy nawet, że poszczególni, nie wymienieni tu operatorowie mieli gorsze rezultaty, lub że z wyliczonych tu 142 przypadków ulegnie jeszcze kilka nawrotom, zaprzeczyć nie można, że operacya radykalna przepuklin pachwinowych u dzieci o wiele lepsze daje wyniki, zarówno pod względem śmiertelności, przebiegu gojenia się rany pooperacyjnej, jakoteż celu zamierzonego przez zabieg operacyjny, jeśli zrobimy porównanie z najlepszemi statystykami tychże samych operacyj u dorosłych. Statystyka Bassiniego wykazuje na 25 operacyj radykalnych 7 recydyw, statystyka Nicoladoniego na 100 operowanych 1 przypadek śmierci, statystyka Kochera z dawniejszą metodą jego 6·45% recydyw a 16·5% ropienia przyrannego; najświeższa od Lipca 1893 r. zebrana po zmianie metody operacyjnej wprawdzie żadnej recydywy, lecz 6·8% ropienia. Wyniki przeto operacyjnego leczenia przepuklin pachwinowych u dzieci są tak zachęcające, że domagają się bezwzględnie reformy w obowiązującym do niedawna szablonie postępowania leczniczego, którego zadaniem wyłącznem było ujarzmienie przepukliny u dzieci pod paskiem i zdanie zresztą jej losów na rzecz dobroczynnych sił leczniczych samej natury. Bezsprzecznie pewna część przepuklin u dzieci, czy to wrodzonych, czy też wkrótce po urodzeniu nabytych ustępuje sama przez się w miarę postępu rozwoju ciała lub przy pomocy paska przepuklinowego, z drugiej strony nie ulega też żadnej wątpliwości, że w razach, gdzie istnieją wrodzone niedokształcenia kanału pachwinowego, gdzie zachodzi brak albo wadliwa budowa kolumn lub nadmierne rozszerzenie pierścienia pachwinowego, tam przez leczenie konserwatywne doszczętnego usunięcia przepukliny doczekać się niepodobna. Pouczające w tej mierze są cyfry podane przez Brokę, który wykazał, że u 69 na 232 dzieci pasek przepuklinowy okazał się zupełnie bezskutecznym, mimo że dzieci nosiły go częstokroć w dzień i w nocy przez 4, 5, 6, 7, 8 a nawet 9 lat. Pomijając okoliczność, że tak długotrwałe leczenie konserwatywne natrafia w klasie ludzi biednych na niemałe trudności w konsekwentnem przeprowadzeniu, że wymaga szczególnej pieczy i kontroli z jednej, regularnego i statecznego działania *bracherium* z drugiej strony, z którem żywość właściwa wiekowi dziecięcemu nie idzie zupełnie w parze, dowiedzionym jest faktem, iż wyleczenia tak żmudnie wreszcie osiągniętego nigdy za całkiem pewne i trwałe uważać nie można, gdyż po latach pozornego wyleczenia nierzadko przepuklina znowuż powraca. Częściej zdarza się jednak, że mimo długotrwałego noszenia *bracherium*, przepuklina nie ustępuje, lecz przeciwnie powiększa się i uchyla nareszcie sama od leczenia konserwatywnego, czy to z powodu swej wielkości, której już dalej pasek sprostać nie może, czy też z powodu zrostów, które odprowadzeniu jej stają w drodze. W rachubę wziąć trzeba jeszcze jedno niebezpieczeństwo, ciążące stale nad przewlekłem leczeniem konserwatywnem, t. j. możliwość uwięźnienia przepukliny u dzieci. Wprawdzie pedyatrzy, jak Henoch i Vogel utrzymują, że uwięźnienie przepukliny u dzieci należy do rzadkości, to jednak, jak z obliczenia Broki wypływa, na 56 przepuklin wolnych u chłopców do 3. roku życia przypadło 6 uwięźnień zakończonych herniotomia. Karewski na zebranych przez się 65 operacyj wolnych przepuklin przytacza 7 uwięzłych i operowanych. Stern wyrachował, że na 108 herniotomij u dorosłych z powodu uwięźnienia przepukliny przypada 1 u dzieci, gdy Wimmer przeciwstawia 1 przypadek uwięźnienia u dzieci liczbie 62 uwięźnień u dorosłych. Lubo stosunek ten nie można nazwać zastraszającym, w każdym razie cyfry powyższe świadczą, że uwięzłe przepukliny u dzieci nie są wcale zjawiskami odosobnionemi.

Wszystkie wyżej wymienione powody zniewalają jednak, aby czas poświęcany dotad leczeniu konserwatywnemu przepuklin pachwinowych u dzieci do lat 5 liczących, skrócić znacznie i w razie, gdy leczenie to nie wykazuje skutku pomyślnego, przystąpić do krwawego zabiegu radykalnego. König w podręczniku chirurgicznym pisze, że w okolicznościach pomyślnych przepuklina wrodzona, albo rychło po urodzeniu nabyta znika w przeciągu 1—2 lat przy użyciu *bracherium*. Na ten sam przeciąg czasu zaleca Broca u niemowląt zastosowanie paska przepuklinowego, jako środka wyłącznie paliatywnego.

A zatem ofiara tego czasu niechaj starczy za daninę złożoną na rzecz poglądów do dziś dnia jeszcze szerzonych pod hasłem oględnego wyczekiwania. Ten okres konserwatywny jednak winien uledz jeszcze dalszemu skróceniu, w razie gdy przepuklina pomimo użycia *bracherium* stale i znacznie się powiększa, gdy odprowadzona bez trudności, równie łatwo z pod paska wypada, jeśli skutkiem zrostów odprowadzenie jej staje się niemożliwe, albo dla innych przyczyn, jak wyprysku, objawów ucisku, bólów, użycie paska przepuklinowego z leczenia odpada.

U dzieci po upływie 5 roku życia w miarę tego, jak i procent samoistnego wyleczenia się przepukliny maleje, trud obrócony na leczenie konserwatywne rzadko tylko uwieńczy skutek zupełny; to też czas próby leczenia konserwatywnego u dzieci w tym wieku ograniczony być winien do kilku miesięcy, natomiast zaś zachodzi tu potrzeba większej ścisłości w obserwacyi przepukliny, troskliwszej pieczy i czuwania nad należytem działaniem *bracherium*, aby na darmo nie przewlekać bezowocnego częstokroć postępowania.

Przeświadczenie ugruntowane na skuteczności i bezpieczeństwie leczenia operacyjnego winno przewodzić myśli w leczeniu racyonalnem przepuklin u dzieci, gdyż doświadczenie wskazuje, że najlepsze i najtrwalsze wyniki przez krwawe zabiegi radykalne osiąga właśnie wiek dziecięcy, gdzie dążność kanału pachwinowego do zamknięcia się jest najżywszą i z chwilą usunięcia przeszkody rozpychającej kanał następuje samoistne spajanie się mięśni.

Sprawa radykalnego usuwania przepuklin u dzieci, to kwestya aktualna, bo z nią wiążą się równocześnie względy socyalne, o przyszłości dziecka wyrokujące, dla którego inaczej wybór niektórych zawodów w życiu staje się nieprzystępny a tem samem i przyszła egzystencya zwichnięta. To też wobec dzisiejszego stanu nauki i doświadczenia chirur-

gicznego na tym punkcie śmiało żądać można, aby na wszystkich lekarzach praktycznych ciążył obowiązek przekazywania każdego przypadku przepukliny, który opiera się postępowaniu konserwatywnemu, chirurgowi zawodowemu do wyleczenia go na drodze operacyjnej.

IV.

Kilka uwag nad pracą Dra W. Reissa:

O niektórych nowych szczegółach z biologii dyplokoków Neissera.

(patrz *Przegląd lekarski* Nr. 26., 27. i 28. z r. b.).

Skreślił

Dr. T. Mayzel w Przemyślu.

Czytając pierwszą część pracy Dra W. Reissa, zaciekawiony pięknym jej tytułem, spodziewałem się, że istotnie dowiem się nowych szczegółów, mogących, jak sam autor przy końcu powiada, podać klinikowi pewne wskazania lecznicze w ostrym tryprze. Pierwsza połowa artykułu, gdzie autor zestawia w krótkości historyę kultur gonokoków, przedstawiała mi się rzeczywiście jako pięknie opracowany wstęp, zapowiadający równie interesujący ciąg dalszy. Niestety doznałem ja przynajmniej rozczarowania; że zaś autor odwołuje się przy końcu do klinik ów, którzy mają na ludziach sprawdzać wnioski, jakie on wysnuwa ze swych doświadczeń, czuję się poniekąd w obowiązku odpowiedzieć na to.

Że w ostrym tryprze zmiana rodzaju i zgęszczenia środków leczniczych wpływa korzystnie lub niekorzystnie na przebieg kliniczny choroby, o tem wiedziano już oddawna; że błona śluzowa cewki moczowej, dotkniętej ostrem zapaleniem swoistem przyzwyczaja się powoli po pewnym czasie do środka ściągającego, czy przeciwgnilnego, również nie było tajemnicą.

Dwa te szczegóły, które jako nowe wyszły z pod pióra autora, używającego do swych doświadczeń pożywek sztucznych, właściwie nic nowego nam nie przynoszą, jakkolwiek faktycznie dla badającego stanowią pewną zdobycz naukową, boć ostatecznie z każdego eksperymentu coś wywnioskować się daje, w istocie zaś nie mają tej doniosłości ani znaczenia, które im autor przypisuje. Dodać jeszcze muszę, że zastanawiając się nad końcowym ustępem, nie mogę się dopatrzyć żadnego punktu, na którym możnaby się oprzeć w doświadczeniach przez autora klinikom proponowanych; mam przynajmniej tę nadzieję, że może sam autor postara się z czasem o wyjaśnienie nam związku przyczynowego powyższych badań. Dziś tylko byłoby, zdaniem mojem, bardzo pożądanem, ażeby tej, tak olbrzymiej literatury trypra nie obciążać rzeczami nie przedstawiającemi dla nas wartości ani teoretycznej ani praktycznej. Krytykę powyższą, otwarcie wypowiedzianą, zechce mi Szanowny autor wybaczyć; obowiązkiem moim jest wypowiedzieć wprost zapatrywania; czy słuszne, przyszłość może okaże. A teraz wracam do szczegółów, dotykając ich o tyle tylko, aby usprawiedliwić powyższą krytykę.

Już na wstępie oświadcza autor, że hodowle czyste gonokoków na pożywkach prawidłowych żyją bardzo krótko, że już po 20 godzinach rozpoczyna się degeneracya a po trzech dniach hodowle giną, a tylko przeszczepiane rosną dalej prawidłowo pokoleniami, zachowując się podobnie jak kolonia macierzysta. Już ten szczegół wskazuje, że podłoże żywo dla gonokoków, jakiem jest błona śluzowa cewki ludzkiej, przedstawiać musi pożywkę zupełnie odmienną, gdyż gonokoki żyją tu i rozwijają się przeciwnie, jak w hodowli sztucznej, przez czas względnie długi; mojem zdaniem okoliczność ta wystarczała, aby doświadczeń w tym względzie i celu, jak to autor uczynił, zaniechać a przynajmniej ich nie ogłaszać.

Tymczasem czytamy w Nrze 27. na str. 410: „Czy z oddziaływania rozmaitych ciał chemicznych wprost na czyste hodowle można wysnuć pewne wnioski, tyczące się analogicznych spraw w tkankach ustrojowych, trudno powiedzieć, jednak po dokładnem rozpatrzeniu odmiennych stosunków w ustroju zwierzęcym z jednej, a na pożywkach sztucznych z drugiej strony, można uważać podobne doświadczenia ze względu na wskazania terapeutyczne nie za bezcelowe“.

Już z tych słów widać, że autor nie wiedząc, jak umotywować cel swoich doświadczeń i jak je wprowadzić w związek przyczynowy z badaniami na ludziach, zostawia to nam, abyśmy rozplątali ten węzeł gordyjski.

A dalej powiada autor: „zadaniem głównem naszej pracy było oznaczyć wpływ szkodliwy rozmaitych ciał chemicznych na rozwój samych hodowli na jednej i tej samej pożywce“.

I na pierwszym planie pojawia się co? sinek potasu, dalej jak *deus ex machina* dwa przypadki trypra, leczone u ludzi wstrzykiwaniami roztworu sinku potasu, których musiano zaprzestać z powodu silnego zapalenia błony śluzowej cewki (jak to sam miałem sposobność spostrzegać), a wreszcie, co najciekawsze, owa analogia, jaką autor widzi w działaniu sinku potasu na hodowle sztuczne gonokoków i na błonę śluzową cewki ludzkiej, gdy z całym szeregiem znanych środków, powszechnie stosowanych załatwia się w kilku słowach, zostawiając sprawdzanie szczegółów swych doświadczeń klinikom.

A i te szczegóły mogą zadowolnić ciekawego badacza, nie mają jednak ani dla patologii ani dla terapii trypra znaczenia i nie mogą nikogo zachęcić do dalszych badań na tem polu.

Non quantum, sed quale.

V. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Różnicę wyników otrzymanych przez rozmaitych autorów w tej ciekawej kwestyi, można sobie wytłómaczyć, jeśli uwzględnimy, że w powstawaniu zapalenia otrzewny pochodzenia bakteryjnego najważniejszemi czynnikami są: 1) jadowitość danych bakteryj, 2) ilość wprowadzonych do jamy brzusznej drobnoustrojów, 3) siła resorpcyjna otrzewny. Stosownie do tego, w jakim stosunku dwa pierwsze czynniki w danem doświadczeniu będą się miały do trzeciego, zwierzęta albo znoszą wprowadzenie bakteryj chorobotwórczych do jamy brzusznej bez szkody dla organizmu, albo podlegają zachorzeniu

przejściowem, albo też wreszcie padają na zakażenie ogólne.

Ażeby mogły powstać zmiany miejscowe w otrzewnej, trzeba na to przedewszystkiem czasu. W doświadczeniach, mających na celu wyświetlenie danej kwestyi a mających naśladować stosunki naturalne, mogło było więc powstać zapalenie otrzewny tylko w pewnych okolicznościach, to jest gdy jadowitość danych hodowli lub ilość wprowadzonych bakteryj nie była tak wielką, że zwierzęta padały wskutek zatrucia, zanim zdołały się wytworzyć zmiany miejscowe, oraz gdy ilość ich była większa, aniżeli ta, która otrzewna była w stanie wchłonąć a organizm unieszkodliwić i wydalić. Należy jednak uprzytomnić sobie następującą okoliczność: czy to w naturze, czy w doświadczeniu laboratoryjnem, jeśli do jamy brzusznej dostaną się bakterye, zwłaszcza w większej ilości, lub też gdy bakterye, które choćby nawet zrazu dostały się tam w niewielkiej ilości, pozostają jakiś czas w jamie brzusznej, otrzewna nie ma do czynienia z samymi tylko żyjącymi drobnoustrojami, lecz także z ich wytworami, ciałami chemicznemi, odgrywającemi tu poważną rolę. Wprowadzając sztucznie do jamy brzusznej czyste hodowle bakteryjne, wprowadzamy jednocześnie ciała te, których od żyjących bakteryj prawie nie jesteśmy w stanie oddzielić, z powodu ciągłego ich wytwarzania się. Jeśli zaś wprowadzamy ze względu na te ciała niewielką wprawdzie ilość bakteryj, zawieszonych w wielkich ilościach płynu, stwarzamy stosunki, w których bakterye zostają wchłaniane powoli a więc danym jest im czas na mnożenie się, oraz wytwarzanie tych produktów w jamie brzusznej. Jednem słowem, nie posiadamy sposobu, za pomocą którego moglibyśmy choćby na czas krótki oddzielić produkty bakteryjne od ciał drobnoustrojów, gdyż nawet po ewentualnem usunięciu (filtry gliniane, przemywanie) pierwszych, te ostatnie w krótkim czasie zanieczyszczone zostają własnymi wytworami.

Ponieważ w doświadczeniach nad patogenezą zapalenia otrzewny mają być naśladowane stosunki naturalne a w naturze związek pomiędzy bakteryami a ich produktami jest bardzo ścisły, nie potrzebujemy przemyśliwać nad oddzielaniem jednych od drugich; winniśmy jednak dokładnie zdawać sobie sprawę z tego, że po wprowadzeniu bakteryj do jamy brzusznej mamy do czynienia nietylko z żyjącymi ustrojami, lecz i z ciałami chemicznemi.

Nie jesteśmy w stanie wyobrazić sobie chorobotwórczego działania żyjącego drobnoustroja na żyjącą komórkę inaczej, jak tylko jako działanie w ostatniej instancyi chemiczne. (Oczywiście działanie takie może nastąpić i odwrotnie, to jest komórka wyższego ustroju może także oddziaływać chemicznie na daną bakteryę, n. p. podniesienie się lub zmniejszenie jadowitości bakteryj po przejściu przez organizm zwierzęcy musi polegać na takiem działaniu). Większa lub mniejsza jadowitość danej bakteryi chorobotwórczej polega na wytwarzaniu takich lub owakich produktów; zależy więc ona od stanu fizyologicznego lub patologicznego danej bakteryi, jest jednak własnością, występującą dopiero za działaniem chemicznem produktów bakteryjnych na komórki ustroju wyższego.

Uprzytomnijmy sobie, czy i jakie zmiany miejscowe błony otrzewny wywołano przez wprowadzenie do jamy brzusznej produktów bakteryjnych: Grawitz[174]) wywoływał zapalenie otrzewny produktami bakteryi *acnes contagiosae* konia; Pawlowsky[175]) krwotoczne zapalenie otrzewny produktami bakteryj ropnych, Nowack i Brautigam[176]) dobrotliwe, zlepne zapalenie otrzewny przez wprowadzanie do jamy brzusznej filtrowanego kału oraz gazów jelitowych. Silberschmidtowi[177]) nie udawało się wywołać zapalenia otrzewny przez wprowadzanie produktów rozmaitych gatunków bakteryj, A. Fraenkel[178]) również nie wywoływał tego cierpienia sterylizowanemi hodowlami *bacterii coli communis*.

Wyniki te są sprzeczne a pochodzi to znów ztąd, że zależą one od jakości danych produktów, ich ilości oraz siły resorpcyjnej otrzewny. Skoro jednak kilku autorom udało się produktami bakteryj, zostających w związku etyologicznym z zapaleniem otrzewny, wywołać zmiany patologiczne tej błony; skoro nie ulega wątpliwości, że w pewnych stosunkach, n. p. operując nader jadowitymi bakteryami, przy słabej resorpcyi otrzewny przez wprowadzenie do jamy brzusznej samych bakteryj chorobotwórczych, a więc działając również przez ich produkty, wywoływano zmiany błony otrzewny, musimy dojść do wniosku, że produkty te nie są obojętne dla otrzewny.

Kwestya ta, stanowczo jedna z najważniejszych w patogenezie zapalenia otrzewny jest jeszcze niestety za mało obrobioną, byśmy mogli orzekać z pewnością, jakiemi są zmiany otrzewny, wywołane przez miejscowe działanie produktów chorobotwórczych bakteryj. Z doświadczeń Grawitza oraz Pawlowskyego wynika, że w pewnych stosunkach zmiany te mogą się przedstawiać w postaci typowego zapalenia, z doświadczeń zaś innych autorów wypada, że conajmniej nie zawsze występują zmiany zapalne. Opierając się na okolicznościach powyżej przytoczonych, musimy jednak dojść do przekonania, że w każdym razie jakieś zmiany komórek śródbłonkowych muszą być wywołane przez produkty bakteryjne, skoro następowe wprowadzenie do jamy brzusznej żyjących bakteryj chorobotwórczych w takiej ilości, którą w innych stosunkach organizm pokonywa, wywołuje po poprzedniem zadziałaniu produktów bakteryjnych na otrzewnę zapalenie tej błony. Nie posiadamy dotychczas danych, na zasadzie których dałyby się bliżej określić te zmiany w komórkach śródbłonkowych. Nie przesądzając, czy przez badanie histologiczne możnaby tę kwestyę rozstrzygnąć, powinniśmy nie zapominać o tem, że zwłaszcza po zadziałaniu ciał chemicznych na tkanki, komórki, nie przedstawiające zmian patologicznych, mogą zostać upośledzone w swych czynnościach fizyologicznych, że niektóre zmiany patologiczne, występujące w komórkach, mogą być tak nieznaczne, że za pomocą dotychczasowych metod nie jesteśmy w stanie ich wykryć i wreszcie, że anatomia normalna i patologiczna komórki są dziedzinami, w których wiadomości nasze są jeszcze nader szczupłe.

W patogenezie zapalenia otrzewny odgrywają produkty bakteryjne podwójną rolę: raz przez działanie miejscowe, które musimy przyjąć, powtóre zaś przez działanie ogólne na ustrój. Co do tego drugiego punktu, wiadomości nasze są cokolwiek dokładniejsze, niż co do punktu pierwszego. Arloing[179]) wykazał, że rozpuszczalne produkty gronowca ropnego złocistego, wchłonięte przez organizm, zwiększają odruchową pobudliwość ośrodków naczynio-ruchowych.

Arnaud i Charrin[180]) otrzymali trzy grupy produktów *bacilli pyocyanei*:

1) produkty lotne zwężające naczynia chwilowo wskutek porażenia ośrodka rozszerzającego naczynia;

2) produkty rozpuszczalne w wyskoku wywołujące u królika drgawki;

3) produkty nierozpuszczalne w wyskoku wywołujące biegunkę, białkomocz i krwotoki.

Massard i Bordet[181]) stwierdzili, że pod wpływem rozpuszczalnych produktów *bacilli pyocyanei* rozszerzają się naczynia.

[174]) Grawitz: l. c.
[175]) Pawlowsky: l. c.
[176]) Nowack und Brautigam: l. c.
[177]) Silberschmidt: l. c.
[178]) A. Fraenkel: l. c.

[179]) Arloing: De l'influence des produits des cultures du staphylocoque doré sur le systeme nerveux et sur la formation du pus. Academie des Sciences 7. Sept. 1891. Ref. w Le Progr. med. 1895. Nr. 38., pag. 210—211.

[180]) Arnaud et Charrin: Recherches chimiques et physiologiques sur les sécrétions microbiennes. Transformation et elimination de la matiere organique par le bacille pyocyanique. Acad. des Sciences 19. Mai 1891. Ref. w Le Progr. méd. 1891. Nr. 22., pag. 445.

[181]) Massard et Bordet: Note sur les produits microbiens sur les vasomoteurs. Soc. de biologie. 21 oct. 1881. Ref. w Le Progr. méd. 1891. Nr. 43. pag. 295.

Charrin i Gley[182]) znaleźli również, że pewne produkty *bacilli pyocyanei* sprowadzają porażenie ośrodka naczynioruchowego. Przy sekcyi zwierząt, padłych skutkiem zatrucia tymi produktami, znajdowali autorzy stale rozszerzenie komór sercowych.

Bouchard[183]) znalazł, że laseczmik gruźlicy, gronowiec ropny złocisty, oraz *bacillus pyocyaneus* produkują substancye, pobudzające ośrodek rozszerzający naczynia.

Według Massarda i Bordeta[184]) pewne produkty bakteryjne wywołują skutkiem właściwych sobie własności chemotaktycznych dyapedezę ciałek białych, oraz zbliżanie się tych ciałek do bakteryj, po którem następuje fagocytoza.

Bouchard[184]) znalazł dwa produkty bakteryjne, z których jeden nazwał anektazyna, drugi zaś ektazyną. Anektazyna poraża ośrodek rozszerzający naczynia i przeszkadza powstawaniu dyapedezy oraz przesiąkania, ektazyna zaś pobudza ośrodek rozszerzający naczynia; ta ostatnia substancya, zawarta między innemi i w tuberkulinie Kocha, wchłonięta przez organizm, sprowadza przesięki surowicze, oraz dyapedezę leukocytów.

Malvoz[185]) strącał hodowle *bacterii coli communis* roztworem siarkanu amonowego a po przemyciu, dyalizowaniu, oraz dodaniu gliceryny w stosunku 5 cm.^{3} na 10 cm.^{3} płynu wstrzykiwał ten wyciąg w ilości 1 cm.^{3} podskórnie szczurom, królikom i świnkom morskim, oraz do żyły królikom. Po dokonaniu tego zabiegu występowały u zwierząt drgawki kloniczne, przyspieszone oddechanie, oraz nadczułość. Objawy te przechodziły po upływie godziny.

Gilbert[186]), który poddał ścisłemu badaniu produkty *bacterii coli communis*, dochodzi do wniosku, że jadowitość rozpuszczalnych produktów tego gatunku jest również zmienną, jak i samych bakteryj; produkty te posiadają jednak zawsze pewien stopień jadowitości nawet wówczas, gdy są wytworzone przez bakterye, pochodzące z kału osobnika prawidłowego.

Na to twierdzenie zgadza się w zupełności i Roger. Po wstrzyknięciu do żyły królika owych rozpuszczalnych produktów *bacterii coli communis* pojawiały się następujące przypady nerwowe: porażenia, rozszerzenie źrenicy, *exophthalmus*, drganie włókienkowe, upośledzenie czucia skórnego i zmysłowego, śpiączka. Po zastosowaniu większych dawek występowały drgawki, *nystagmus*, odruchowa przeczulica skóry i innych narządów zmysłów. Wreszcie po zastosowaniu jeszcze większych dawek występowało zwężenie źrenicy i skurcze tężcowe, zakończone śmiercią zwierzęcia. Po zastosowaniu dawki, która z objawów nerwowych wywołuje tylko porażenia, zwierzęta powoli przychodzą do siebie, przechodzą jednak przedtem biegunkę, ilość ich moczu wzrasta a ciepłota ciała obniża się.

(Podobne objawy występują po wstrzyknięciu do żyły żyjących hodowli *bacterii coli communis*).

Roger[187]) wstrzykiwał rozpuszczalne produkty *bacterii coli communis* (1 część płynu z hodowli rozcieńczał 5 częściami wody) do jamy brzusznej żab. Płyn ten w dawce 0·75 cm.^{3} sprowadzał parezę, trwającą kilka godzin. W większych dawkach wywoływał dany płyn drgawki, podwyższenie wrażliwości odruchowej rdzenia, w jeszcze większych porażenie postępowe, kończące się śmiercią zwierzęcia. Według Rogera rozpuszczalne produkty *bacterii coli communis* działają najsilniej na rdzeń, potem na mięśnie prążkowane, w końcu zaś na serce. Roger[188]) badał także działanie produktów *bacilli septici putridi* na serce żaby. Z hodowli tego gatunku otrzymał autor ciało nierozpuszczalne w wyskoku, które po wprowadzeniu do ustroju żaby wywoływało zwolnienie akcyi serca, (przez przedłużenie pauz pomiędzy uderzeniami) zrazu nie osłabiające siły poszczególnych uderzeń, w końcu zaś następowało zupełne zatrzymanie akcyi serca. Podczas stanu zatrucia zwierzęcia bezpośrednie drażnienie serca pozostawało bez wpływu. Nerwy błędne również nie działały.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[182]) Charrin et Gley: Soc. de biologie. 3 juin. 1893. Ref. w Le Progr. méd. 1893. Nr. 28., pag. 438.

[183]) Bouchard: Actions vaso-motrices des produits bactériens. Acad. des Sciences. 26 oct. 1891. Ref. w Le Progr. méd. 1891. Nr. 47. pag. 404.

[184]) Bouchard: l. c.

[185]) Malvoz: Recherches bacteriologiques sur la fievre typhoide. Bruxelles 1892. l. c.

[186]) Gilbert: Des poisons, produits par le bacille intestinal d'Escherich. Soc. de biol. 23. fevr. 1893. Ref. w Le Progr. med. 1893. Nr. 9., pag. 163.

[187]) Roger: Produits solubles du Bacillus coli, leur action sur la grenouille. Soc. de Biol. 6. Mai 1893. C. R., pag. 459. Ref. w Le Progr. méd. 1893. Nr. 19 i w Centr. für Physiologie. T. VII. Nr. 23., pag. 708.

[188]) Roger: Poisons cardiaques d'origine microbienne. Soc. de Biologie 20 janv. 1893. C. R. p. 103. Ref. w Centr. f. Physiologie. T. VII. Nr. 10. pag. 304.

Roger: Action de quelques toxines microbiennes sur le coeur. Soc. de Biologie. 18 février 1893. C. R. p. 175. Ref. w Centr. f. Physiologie. T. VII. Nr. 10., pag. 304 i w Le Progres med. 1893. Nr. 8., pag. 143.

Choroby dzieci.

Hirschsprung (w Kopenhadze): **Spostrzeżenia nad uwięźnieniem jelit u dzieci.**

W przeciągu 21 lat obserwował H. 64 przypadków uwięźnienia jelit u dzieci; z nich 46 nie liczyło jeszcze roku życia, karmionych było piersią. Ponieważ leczenie zależy od tego, czy mamy uwięźnienie jelita grubego czy cienkiego, rozchodzi się więc o ile możności o dokładne oznaczenie miejsca uwięźnienia.

Najwięcej cechujące są objawy *invaginationis ileocoecalis*; występuje ona u dzieci zwykle przedtem zdrowych, rozpoczyna się nagle, zamiast kału oddaje dziecko śluz i krew, przedmiotowo wykazać można po stronie lewej brzucha guz kształtu strzemienia, okrążający pępek; obrzęk ten wymacać można także przez odbytnicę.

Invaginatio coli rozpoczyna się nie tak szybko tak, że po kilku dniach ogólnej niedomogi dostrzeżemy obok innych objawów, że zamiast kału wydziela się śluz wodnisty. Guz również występuje po stronie lewej, sięga do *rectum*, ale jednak nie okrąża pępka.

Daleko trudniejsze, prawie niemożliwe są do odróżnienia *invaginatio ilei* i *invaginatio ileocolica*, gdyż przedmiotowo guz, który zwykle wykazać można po stronie prawej, nie przedstawia nic cechującego a nieraz z powodu wzdęcia żadnego guza wykazać nie można. Z objawów wybitniejszych przytoczyć należy stolce z obfitą domieszką krwi lub czysto krwawe z małą ilością śluzu.

Czasami udaje się uwięźnienie jelita cienkiego usunąć przez masowanie, przy czem należy dziecko uśpić, by znieść napięcie powłok brzusznych; gdy masowanie do skutku nie prowadzi, należy przedsięwziąć operacyę. W uwięźnieniu jelita grubego stosować należy obfite wlewania wody do jelit w uśpieniu, przy podniesieniu miednicy, zapomocą sondy Osera. Wlewania takie można zrobić 5—6 razy, a gdy repozycya się nie udaje, należy przystąpić do laparotomii, ewentualnie enterotomii. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* T. XXXIX. Z. 4).

Fizyologia.

Johanessen (w Chrystyanii): **O fizyologii wydzielania pokarmu u kobiet.**

Celem wyświecenia stosunków fizyologicznych wydzielania mleka badał J. 25 kobiet karmiących w wieku 20—46 lat i przekonał się, że stosunek składników mleka jest inny, jak dotąd mniemano (König), zwłaszcza co do ilości białka. Składniki te według J. zostają do siebie w następującym średnim stosunku: białko, tłuszcz, węglowodory jak 1·0: 2·0: 4·20, w mleku krowiem zaś stosunek ten jest 1·0: 1·0: 1·43.

Porównywając mleko obu sutków przekonał się autor, że zachodzić może różnica co do ilości tłuszczu między wydzielaniem jednego a drugiego sutka. Przekonał się także, że jest tłuszczu więcej po karmieniu, niż przed karmieniem dziecka. Ilość białka jest w pierwszych 6 miesiącach większa, później zmniejsza się; odwrotnie się rzecz ma z cukrem. Rodzaj pokarmów spożywanych przez matkę, nie miał żadnego stałego wpływu na składniki pokarmu. *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde* T. XXXIX. Z. 4).

Patologia.

11. Tilmanns (w Lipsku): **Etyologia i histogeneza raka.**

Pod względem definicyi raka zajmuje autor stanowisko teoryi Waldeyera-Thierscha. Rak jestto nowotwór wychodzący z gotowych komórek przybłonkowych, który prawidłowe tkanki niszczy w miejscu pierwotnie schorzałem, buja na obwodzie bez żadnych granic, cechuje się przerzutami przeważnie zapomocą układu limfatycznego, rzadziej za pośrednictwem naczyń krwionośnych i zazwyczaj sprowadza śmierć chorego wśród objawów ogólnego zatrucia. Nie każde nieprawidłowe bujanie przybłonka jest rakiem; jest nim tylko bujanie niszczące, powstrzymać się nie dające oddzielonego od gruntu macierzystego przybłonka; przerzut przybłonka jest miejscową cechą raka. Z każdego nieprawidłowego, z porządku dobrotliwego bujania przybłonka można pozostać rak przez długie drażnienie chemiczne lub mechaniczne.

Pod względem powstania raka rożne są teorye. Cohnheim wywodził nowotwory w ogólności, a więc i raki z zabłąkanych jeszcze za życia płodowego zarodków i nie można zaprzeczyć, że teorya jego tłómaczy najlepiej powstanie pewnej liczby nowotworów. Według Ribberta znów początek raka trzeba odnieść do żywego bujania komórek w tkance łącznej pod przybłonkiem, przez co komórki przybłonka oddalają się od swego prawidłowego związku organicznego i dostają do tkanki łącznej, gdzie bujają w kierunku najmniejszego oporu, osobliwie w szczelinach tkanek i drogach limfatycznych.

W każdym razie rdzeń sprawy rakowej tkwi w zasadniczej zmianie właściwości biologicznych komórek przybłonkowych.

Raka nie można w żaden sposób odnosić do działania bakteryj.

Że raka można przeszczepić, rzecz niewątpliwa, ale z wyjątkiem przeszczepiania się tego nowotworu z jednego miejsca na drugie u tegoż samego indywiduum *(autoinoculatio)* udało się to tylko bardzo rzadko z człowieka na człowieka, z jednego zwierzęcia na drugie tegoż samego gatunku. Dotychczas nie udało się przeszczepienie raka z człowieka na zwierzę i ze zwierzęcia jednego na zwierzę drugiego gatunku. W żadnym razie rak nie należy do chorób zaraźliwych w zwykłem znaczeniu tego wyrazu. Że rak mógłby się przenieść przez zarażenie, dowodziłoby może trafianie się raka w małżeństwach u kobiety na macicy, u mężczyzny na prąciu; takie przypadki są jednak nadzwyczaj rzadkie.

Przeszczepienie raka niekoniecznie jest dowodem jego natury zaraźliwej lub zakaźnej, ma ono bowiem tylko znaczenie transplantacyi tkanki.

Co do przerzutów, to rzeczą jest godną uwagi, że po raku gruczołu tarczykowego są bardzo częste przerzuty w kościach, po raku sutka przerzuty w jądrach i gruczole krokowym. Naodwrót bardzo rzadkie są przerzuty w śledzionie.

Zmiany we krwi w przebiegu raka są w gruncie rzeczy takie same, jak w gorączce.

Co się tyczy przyczyn usposabiających do raka, nie ulega wątpliwości wpływ długiego drażnienia chemicznego i mechanicznego, osobliwie w wieku starszym. Takiemi czynnikami szkodliwymi są n. p. tytuń i wódka dla warg, języka, gardziela i t. d.

W ogólności śmiertelność z raka powiększyła się w ostatnich czasach, osobliwie w Europie i Ameryce. Według R. Williamsa jest względna (t. j. obrachowana na powiększenie się ludności) śmiertelność z raka w Anglii obecnie 4 razy większa, niż była przed 50 laty. *(Zdanie sprawy z obrad 24. niemieckiego Kongresu chirurgicznego, odbytego w Berlinie od 17. do 20. Kwietnia b. r.).* *R.*

Zapiski terapeutyczne.

105. Kalt (w Paryżu): O leczeniu ropnego zapalenia oczu za pomocą wielkich przemywań roztworem nadmanganezanu potasowego (z tegorocznego kongresu oftalmologicznego w Heidelbergu odbytego od 5. do 7. Sierpnia). Autor zdaje sprawę ze swego dotychczasowego doświadczenia, obejmującego 105 przypadków zapalenia oczu u noworodków, 13 przypadków zapalenia wiewiórowego oczu *(opthalmie blennorrhagique)* u dorosłych i 48 przypadków zapalenia ropnego spojówki u dorosłych i dzieci, razem ze 166 przypadków. We wszystkich był skutek po użyciu nadmanganezanu potasowego bardzo rychły, już bowiem koło 5. lub 6. dnia wypływ ropy bywał nieznaczny. Zapalenie oczu u dzieci w ogólności wyleczono w 12 do 15 dni.

Przemywania należy robić w dwóch pierwszych dniach po trzy razy dziennie, w następnych po dwa razy dziennie, używając za każdym razem i do każdego oka z osobna po $1^1/_2$ do 2 litrów letniego (25^0) roztworu nadmanganezanu potasowego w stósunku 1 części tej soli na 3000 części wody. Roztwór tej mocy otrzymuje się w przybliżeniu rozpuszczając dobrą łyżeczkę od kawy wysyconego roztworu nadmanganezanu potasowego w litrze wody zwyczajnej. W czasie tego leczenia rzadko widział autor powierzchowne owrzodzenia rogówki. Jeżeli zaś są już owrzodzenia głębokie, tem śmielej należy używać przemywania rzeczonym płynem.

Lejki używane przez autora były trojakiej wielkości i oczywiście szklane. Ciśnienie płynu nie powinno przekraczać 40 centymetrów.

Jeżeli są szare błony wrzekome (paciorkowce), dobrze jest dodać do roztworu [illegible] nadmanganezanu potasowego $^1/_{10000}$ sublimatu, czyli na litr płynu 10 cm.^{3} roztworu $1^0/_0$ sublimatu.

Użycie w ten sposób nadmanganezanu potasowego do leczenia zapalenia oczu nie przeszkadza bynajmniej równoczesnemu zastosowaniu przypiekania roztworem $2^0/_0$ azotanu srebrowego, które jednak uważa autor za niepotrzebne. *(La Semaine médicale.* 14. Sierpnia 1895).

106. Comby (w Paryżu): O użyciu antypiryny u dzieci (z obrad drugiego kongresu francuskiego dla medycyny wewnętrznej odbytego w Bordeaux od 8. do 14. Sierpnia b. r.). Antypirynę można stosować u dzieci jako lek przeciwgorączkowy, przeciwkurczowy, kojący bóle i wstrzymujący rozwolnienie. Antypirynę znoszą bardzo dobrze i nawet w dużych dawkach dzieci wszelkiego wieku a rumień *(erythema)* występuje po antypirynie bardzo rzadko, tylko przelotnie i niema żadnego większego znaczenia. Autor nie widział u dzieci po zadaniu antypiryny żadnych przypadów ze strony ani przewodu pokarmowego ani nerek. U dzieci dotkniętych chorobami gorączkowemi lub łączącemi się z kurczami nadają się dawki antypiryny nie drobne, lecz wielkie, na raz stosownie do wieku dziecka od 25 centygramów do grama, po dwa, trzy a nawet pięć do sześciu razy na dzień. Tę ilość antypiryny można zadawać nawet całemi tygodniami bez żadnych niedogodności.

W pląsawicy *(chorea)* nie jest antypiryna bynajmniej lekiem niezawodnym, często jednak łagodzi i skraca chorobę; natomiast w krztuścu nie okazała się autorowi antypiryna skuteczna.

W cierpieniach bolesnych i przeczulicy było działanie antypiryny niepewne.

W chorobach gorączkowych jest antypiryna najpewniejszym i najbezpieczniejszym środkiem na obniżenie temperatury. Jeżeli po dawce dostatecznej temperatura nie spada, jestto złym znakiem prognostycznym.

Na biegunkę nie działa antypiryna według spostrzeżeń autora ani pewnie ani dzielnie. *(La Semaine médicale.* 17. Sierpnia 1895).

107. E. H. Fenwick (z Londynu): Leczenie chirurgiczne guzów pęcherza moczowego (z 63. kongresu *British medical Association*). Rozróżnienie guzów pęcherza moczowego od kamieni moczowych nie zawsze jest łatwe. Jakkolwiek brodawczaki (*papillomata*) dobrotliwe cechują się pojawieniem się od czasu do czasu krwi w moczu prawidłowym, bez bólów i bez widocznej przyczyny, są jednakowoż guzy tego rodzaju wywołujące przypady zupełnie podobne, jak kamienie moczowe. Pochodzi to z niezwykłej długości szypuły nowotworu, mogącego przez to łatwo zmieniać swe miejsce w pęcherzu i dostać się nawet do wewnętrznego ujścia cewki, którą może zatkać zupełnie. Brodawczaki przeto dobrotliwe można podzielić na zatykające cewkę moczową i jej nie zatykające. Te ostatnie są częstsze.

Jest rzeczą bardzo ważną, ażeby w obydwóch tych rodzajach guzów pęcherza moczowego nie sondować nigdy chorych w celu poszukiwania kamieni.

Jeżeli rozchodzi się o nowotwory, ujścia wewnętrznego cewki moczowej nie zatykające, przypady są tak cechujące i tak różne od przypadów kamienia, iż sondowanie osobliwie u mężczyzn liczących mniej niż 50 lat, jest nietylko szkodliwe, ale i całkiem zbyteczne. Pamiętać wszakże należy, iż niekiedy u chorych liczących więcej niż 50 lat, mogą małe kamienie z kwasu moczowego, usadowione poza powiększonym gruczołem krokowym (*prostata*) wywoływać podobne przypady, jak nowotwory dobrotliwe.

W przypadkach nowotworów ujście wewnętrzne cewki zatykających dokładne rozważenie objawów doprowadzi do należytego rozpoznania i uniknięcia badania cewnikiem, które z przyczyny zatrzymywania się moczu i odbijania się tego na nerkach może stać się przyczyną zapalenia pęcherza i miedniczki nerkowej (*cystopyelitis*).

Dlatego zawsze, jeżeli się podejrzywa obecność guza w pęcherzu, należy w czasie między krwotokami i podczas wypełnienia pęcherza moczem użyć cystoskopu a w jego braku zrobić cięcie cewki zewnętrzne (*urethrotomia externa* czyli *boutonnière*) ponadłonowe tak wielkie, by przezeń można wprowadzić palec.

Najlepsze rezultaty operacyj guzów dobrotliwych pęcherza otrzymuje się u osób niesondowanych; najlepiej też zaraz po użyciu do zbadania cystoskopu przystąpić do operacyi.

Brodawczaki ze szypułą są, jak się zdaje, częstsze u kobiet, niż u mężczyzn. Wiele z nich można usunąć przez rozszerzoną cewkę; jeżeli jednak ich podstawa jest szeroka lub szypuła gruba, należy operować albo przez przegrodę pochwową albo drogą nadłonową.

Ta droga nadłonowa jest jedyną u mężczyzny. Jeżeli rozchodzi się o guz ze szypułą, należy odjąć go u podstawy przez wycięcie lub odgniecenie. Użycie skrobaczki wskazane jest wyłącznie wobec mocno usadowionego nowotworu lub małych guzków następowych. Krwotok pochodzący z podstawy guza należy utamować przed opuszczeniem przez chorego stołu operacyjnego. Najlepiej utamować krwotok albo za pomocą podwiązki, której końce wychodzą poza pęcherz albo za pomocą rozpalonego do czerwoności żelaza, użytego przez rurkę Keitha.

Autor niezawsze spieszy się z usunięciem małych guzów w pęcherzu u mężczyzn nie mających jeszcze 35 lat, ponieważ te guzy w ogólności rosną bardzo powoli.

Co się tyczy nowotworów złośliwych, raki twarde i występujące w jednem tylko miejscu można wyciąć z niejaką nadzieją opóźnienia dalszego biegu choroby, jeżeli można wyciąć zupełnie podstawę nowotworu i tkaninę do niej przyległą. W przeciwnym razie operacya przyspiesza tylko dalszy rozwój choroby.

Nowotwory złośliwe, usadowione w trójkącie lub jego pobliżu nie nadają się do operacyi. Nowotwory występujące w formie nacieku ścian pęcherza można rozpoznać przez obmacanie przez prostnicę lub obmacanie oburęczne w narkozie eterowej. Również nie nadają się do operacyi guzy rozsiane. Jeżeli wraz z nowotworem trzeba wyjąć pewną część otrzewny, należy drenować pęcherz, by zostawić ranie w pęcherzu czas do gojenia się.

Autor operował 70 przypadków guzów pęcherza i stracił z nich 5 a mianowicie 2 wprost skutkiem operacyi, 3 zaś mniej więcej w trzy tygodnie po operacyi skutkiem powikłania ze strony nerek. *(La Semaine médicale.* 7. Sierpnia 1895).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 29. Sierpnia 1895 r.

— Od 1. Września b. r. znajduje się Administracya *Przeglądu lekarskiego* w szpitalu św. Ludwika przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2., przyczem nadmieniamy, iż przyjmowanie prenumeraty i ogłoszeń, ekspedycya pisma i odbitek, tudzież wypłata wszelkich należytości z wydawnictwa wypadających należą wyłącznie do Administracyi.

— W dniu 23. b. m. pojawił się w Tarnopolu we wschodniej Galicyi pierwszy przypadek cholery azyatyckiej, udowodnionej także i bakteryologicznie. Po nim nastąpiły dotychczas jeszcze 4 przypadki; razem przeto pojawiło się 5 przypadków, z których trzy zakończyły się śmiercią. Rozumie się samo przez się, iż krajowe władze sanitarne i administracyjne nie zaniedbały i nie zaniedbują niczego, co może powstrzymać dalszy rozwój epidemii.

— Prof. T. R. Fraser w Edymburgu doniósł tamtejszej *Royal Society*, że według jego poszukiwań jad wężowy należy do tych czynników szkodliwych, do których ustrój zwierzęcy można przyzwyczaić, nadając mu nawet nadzwyczajną względem niego odporność. Fraser robił w tej mierze doświadczenia z najstraszniejszym pod względem swego działania jadem okularnika *(naja tripudians)* z Indyj Wschodnich, z jadem trzech gatunków grzechotnika amerykańskiego *(crotalus horridus, adamanteus* i *durissus)*, z jadem dwóch żmij australskich *(pseudechys porphyriacus* i *diemenia superciliosa)* i z jadem węża *sepedon haemachatus* z Przylądka Dobrej Nadziei.

Naprzód rozchodziło się o oznaczenie dla każdego jadu z osobna najmniejszej dla danego zwierzęcia śmiertelnej dawki. Z doświadczeń w tej mierze dokonanych z jadem okularnika wschodnio-indyjskiego wypada, że dawka ta wynosi w gramach:

dla świnki morskiej	0·00018,
dla królika	0·000245,
dla szczura	0·00025,
dla kota	0·005.

Wstrzykiwania rozpoczynano zazwyczaj od ilości 10 razy mniejszej i stopniując dawkę co kilka lub kilkanaście dni, dochodzono nietylko do pełnej dawki śmiertelnej, ale przekraczano ją bez widocznej szkody dla zwierzęcia kilka razy a wyjątkowo nawet kilkadziesiąt razy, przyczem przekonano się, że świnki morskie są w ogólności na jad wężów bardzo wrażliwe, gdy króliki i stary koń do doświadczeń użyte znosiły ów jad wcale dobrze.

To przyzwyczajenie do tak wielkich dawek trucizny można sobie wytłómaczyć jedynie powstaniem w ustroju a mianowicie w surowicy krwi odtrutki, podobnie jak to dzieje się przy immunizacyi surowicą w błonicy i innych chorobach zakaźnych.

Otóż Fraserowi udało się otrzymać taką surowicę przeciw jadowi wężów skuteczną, którą po wysuszeniu nazwał *antyweniną* i która nawet w 30 minut po zapuszczeniu jadu wężowego nie odmówiła swego działania. Ponieważ śmierć człowieka ukąszonego przez węża jadowitego następuje zazwyczaj dopiero w 3 do 24 godzin, byłby czas na zastosowanie środka rzeczonego.

Z dalszych doświadczeń Frasera pokazuje się, że jakkolwiek jad u różnych gatunków wężów jest różny i różnie też działa tak co do mocy, jak i rodzaju skutku, to jednakowoż zaimmunizowanie zwierzęcia jadem jednym chroni go do pewnego stopnia od szkodliwego wpływu innego jadu.

Wobec tego, że do dziś dnia nie znamy żadnego środka niezawodnego przeciw skutkom ukąszenia przez węże jadowite, wobec tego

następnie, że dotychczas w krajach ciepłych ginie mnóstwo ludzi (w samych Indyach Wschodnich po 20.000 ludzi rocznie) od ukąszenia rzeczonych gadów, są dalsze badania w kierunku przez Frasera wskazanym konieczne a w pierwszym rzędzie łożyć na nie powinien rząd angielski.

— Sprawa dopuszczenia kobiet do nauk wyższych, mianowicie uniwersyteckich a tem samem i lekarskich, bierze obecnie w Niemczech obrót dla słabszej połowy rodzaju ludzkiego niekorzystny. I tak rektor uniwersytetu berlińskiego uwiadomił profesorów okólnikiem, iż według rozporządzenia ministra oświaty i spraw lekarskich profesorowie uniwersyteccy nie mogą dopuszczać kobiet do swych wykładów bez osobnego za każdym razem pozwolenia ministra i rektora. Minister Dr. Bosse przestrzegł w osobnem piśmie starszego burmistrza Kolonii przed dopuszczaniem kobiet w ogólności do nauk humanistycznych. Znani profesorowie medycyny, Waldeyer w Berlinie i Krafft-Ebing w Wiedniu wyrzekli także w tej sprawie swe poważne słowo przeciw dopuszczeniu kobiet do uniwersytetów. Waldeyer zwrócił na odbytym właśnie kongresie antropologicznym w Kasselu uwagę na znaczne różnice anatomiczne między mężczyzną a kobietą, szczególniej tyczące się mózgu, mięśni a osobliwie ilości i jakości krwi; Krafft-Ebing zaś nie zaprzecza, iż wprawdzie idealnie biorąc, kobieta może w wielu zawodach konkurować z mężczyzną, że jednakowoż przeznaczenie jej w ludzkości było przez całe tysiące lat zupełnie odmienne. Wrodzonej mężczyźnie zdolności mózgu do działania skutecznego na polu nauki i sztuki mogłaby kobieta nabyć powoli, dopiero w wielu po sobie pokoleniach. Nadzwyczaj tylko mała liczba kobiet wyjątkowo od natury uposażonych zdołałaby wytrzymać z mężczyzną konkurencyą na polu pracy umysłowej. Reszta ogromna musi paść koniecznie w tej walce nierównej.

Reinert w Tybindze zastanawia się w osobnym artykule umieszczonym w najświeższym (34.) numerze *Münchener med. Wochenschrift* nad kwestyą kobiet ze stanowiska lekarskiego i dochodzi na podstawie znanych już poszukiwań do wniosku, iż krew kobieca jest gatunkowo lżejsza, wodnistsza, w składniki skuteczne, mianowicie ciałka czerwone i barwik właściwy uboższa niż u mężczyzn, jednem słowem o 10% ma wartość mniejszą a ponieważ skład chemiczny krwi ma nadzwyczaj wielką ważność dla układu nerwowego, mianowicie funkcyj jego wyższych, psychicznych, przeto już i z tego powodu nie może kobieta na polu pracy umysłowej działać tak skutecznie, jak mężczyzna.

— Jak w zeszłym, tak samo i w roku bieżącym będzie w Cieplicach trenczyńskich na Węgrzech utworzony dla leczących się w tem zdrojowisku pensyonat, w którym za trzy złote reńskie dziennie otrzymuje się mieszkanie przyzwoite, jedzenie i kąpiele.

— W roku 1894. skonsumował każdy Paryżanin średnio kilogramów masła 8·031, séra 2·432, ostryg 3·238, 10.00 (czyli 200. sztuk) jaj, 146 chleba, 60 mięsa od rzeźników i 10 ptactwa i zwierzyny, tudzież wypił 194·5 litrów wina; wypada zląd dziennie średnio mniej więcej 400 gramów chleba, 200 gramów mięsa, trochę więcej niż pół jaja i nieco więcej niż pół litra wina.

Od roku 1885. konsumcya nie zmieniła się, z wyjątkiem nieznacznego zmniejszenia się konsumcyi mięsa (w roku 1885. przypadło na głowę 65·885 kilogramów mięsa, w roku zaś 1894. odpowiednia cyfra wyniosła 60·719).

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 34. B. W. Sawicki: Z dziedziny zboczeń wrodzonych. R. Jasiński: Przypadek postępującego zwyrodnienia mięśni *(dystrophia muscularum progressiva)* M. Przyjałkowski: Trzy przypadki błonicy wyleczonej surowicą. N. Stróżewski: Przypadek wyleczenia zastarzałej pląsawicy. — W *Kronice lekarskiej*, zeszycie z 15. Lipca: M. Warszawski: Obecnie panujące poglądy na powstawanie torbieli w pochwie i na przebieg kanałów Gaertnera, w zeszycie z 1. Sierpnia: J. Zawadzki: Przypadek limfosarkomatu kiszek, mózgu i gruczołu chłonnego szyi, w zeszycie z 15. Sierpnia: B. Dzierżawski: O gruczołach chłonnych na policzku a także słów kilka o zapaleniu gruczołów chłonnych wskutek chorób zębów w ogóle. — W *Medycynie* Nrze 34. S. Dobrucki: Przyczynek do tak zwanej zgorzeli karbolowej. W. Sawicki: Leczenie surowicą chorych na błonicę.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

DO NABYCIA

we wszystkich księgarniach

następujące dzieła wydane z zapomogi kasy pomocy

dla osób pracujących na polu naukowem

lub ofiarowane na rzecz kasy.

DZIEŁA LEKARSKIE.

Juliusz Cohnheim. **Odczyty z patologii ogólnej.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z drugiego przerobionego wydania, z 1882 roku. Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. VIII, 607; Tom II. str. V, 262; Tom III. str. VI, 330, 20. — Cena rs. 5.

S. Jaccoud. **Wykład patologii szczegółowej.** Przekład z 7-go wydania francuskiego z 1883 r. Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznemi Warszawa, 1884. w 8-ce. Tom I. str. 931; Tom II. str. 984; Tom III. str. 961. — Cena rs. 2.

A. Baginsky. **Wykład chorób dzieci.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z wydania niemieckiego z roku 1883. dokonany przez Dra Wiktoryna Kosmowskiego. Warszawa, 1886. Tom I. w 8-ce, str. VIII, 279; Tom II. 1886, str. 272; Tom III. 1887, str. 272. Cena rs. 1.

H. Haeser. **Historya medycyny.** Przekład trzeciego wydania dzieła: **Lehrbuch der Geschichte der Medicin** dokonany przez prof. Dra H. Łuczkiewicza. Tom II. Dzieje medycyny nowożytnej. Warszawa, 1886. w 8-ce, str. 1092. — Cena rs. 5.

Toż samo dla b. prenumeratorów Biblioteki umiejętności lekarskich, od ark. 68. (str. 737 do 1062). — Cena z przesyłką rs. 2. — Arkusze poprzednie zniszczone i zagubione, księgarnia E. Wendego i Spółki uzupełnia bezpłatnie.

(NB. Tom pierwszy powyższego dzieła, obejmujący medycynę wieków starożytnych i średnich, wydany w roku 1876. w Bibl. umiej. lekarskich, str. 386 i II, znajduje się w handlu księgarskim po rs. 1).

A. Korneliusz Cels. **O lecznictwie ksiąg ośmioro.** (A. Corn. Celsi: De medicina libri octo), z najlepszych wydań na język polski przełożył Dr. med. i chir. Henryk Łuczkiewicz. Warszawa, 1889. str. XXXVII, 630. — Cena rs. 2.

Cybulski Napoleon, prof. **Fizyologia człowieka,** wydana staraniem Stanisława Markiewicza. Część I. Krew. Limfa. Mięśnie. Układ nerwowy. Warszawa, 1891 w 8-ce, str. 239, z 63 cynkotypami. — Cena kop. 75. — Część II. Krążenie krwi i limfy. Oddychanie. Trawienie. Warszawa, 1892. str. 240—494, z 58 cynkotypami. Cena kop. 75.

Fryderyk Sander. Zarys nauki o **Publicznej ochronie zdrowia,** według drugiego wydania z r. 1885, przełożył St. Markiewicz, str. VI, 632. Warszawa, 1891. — Cena rs. 1 kop. 50.

Dawid Wassercug. **Objawy oczne,** przy zaburzeniach układu nerwowego, oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. (Z rysunkami szematycznymi). Warszawa, 1891. w 16-ce, str. 256. — Cena rs. 1.

Wykłady z dziedziny Patologii ogólnej i szczegółowej. Przekład z dzieła: *Traité de Médecine,* wydanego pod kierunkiem profesorów: Charcot, Bouchard, Brissaud. Patologia ogólna zakażeń przez A. Charrin'a. Zaburzenia i choroby odżywiania przez Le Gendre'a przekład St. Markiewicza. Choroby zakaźne wspólne ustrojowi człowieka i zwierząt przez G. H. Rogera. przekład Ad. Ciaglińskiego. Warszawa 1893. w 8-ce, str. VIII, 966. — Cena rs. 4.

Wł. Oltuszewski. **Szkic fizyologii mowy** ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Z 5-ciu drzeworytami. Warszawa, 1893. w 8-ce, str. 38. — Cena kop. 20.

Wł. Biegański. **Logika medycyny** czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa, 1894. w 16-ce, str. 165. — Cena kop. 75. 62—6—5

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.